



FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL
ALCOHOLISMO EN FARMACIA
COMUNITARIA**

Autor: Genoveva Santillana Cernuda; Rosalía Araceli López
Martín

D.N.I.: 71286075J; 05335319D

Tutor: María Jesús Rodríguez Martínez

Convocatoria: Junio 2016

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ALCOHOLISMO EN FARMACIA COMUNITARIA

RESUMEN:

El alcoholismo es una enfermedad adictiva que no solo se controla con tratamiento farmacológico sino que necesita también terapias psicológicas de apoyo. En el alcoholismo los sistemas de neuro-transmisión alterados son los glutamatérgicos, gabaérgicos, dopaminérgicos y opioide, son las dianas donde actúan los diferentes principios activos. Los más usados son los aversivos (disulfiram) y antagonistas de receptores opioides (naltrexona y nalmefeno), no obstante, existen otros tratamientos con ISRS, fármacos glutamatérgicos, antagonistas dopaminérgicos que se utilizan de forma coadyuvante, ayudando a mejorar dicha enfermedad.

En 2012, se produjeron 3,3 millones de muertes a causa del consumo de alcohol. Además, se observó que el consumo de alcohol es el causante del 5,1% de todas las enfermedades, de lesiones y suponen una merma importante en la calidad de vida (cerca de 139 millones de casos). Es importante frenar el aumento de estas cifras y para ello se necesita la participación activa de los profesionales sanitarios. La accesibilidad en la farmacia comunitaria es alta y permite la identificación de personas con un consumo elevado de alcohol, explicar los efectos nocivos propios de su consumo, dar consejos, educar al paciente y, en caso necesario, plantear una derivación al médico.

Palabras clave: alcoholismo, adicción, enfermedad, disulfiram, nalmefeno, naltrexona, ISRS, farmacia comunitaria.

INTRODUCCIÓN:

Definición:

El **alcoholismo** se define como una enfermedad adictiva en la que los propios circuitos cerebrales de autocontrol en la ingesta de bebidas alcohólicas, funcionan mal. Además se fomenta su consumo por los aspectos incentivo-motivacionales de la sustancia y los estímulos condicionados.¹

Por tanto, hay una dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. Este descontrol puede ser intermitente y ligero o llegar a ser continuado e intenso. Esto hace que

sea difícil el abandono del consumo, apareciendo periodos de remisión seguidos de recaídas apareciendo un descontrol en la vida del alcohólico.

En el alcoholismo los sistemas de neuro-transmisión alterados son los glutamatérgicos, gabaérgicos, dopaminérgicos y opioide. Sobre estas vías actúan los fármacos usados para tratar la enfermedad. Estas terapias, además, tienen que ir siempre acompañadas de ayuda psicológica, ya que supone uno de los principales pilares para conseguir superar la adicción.¹

Epidemiología del consumo de alcohol:

En 2010 el consumo de alcohol puro per cápita en todo el mundo fue de 6,2 litros entre la población de más de 15 años. Esto implica una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día. Se estima que una cuarta parte de ese consumo (el 24,8 %) provenía de bebidas alcohólicas de fabricación casera o producida y vendida fuera de los controles gubernamentales. El 50,1% de todo el alcohol que se consume en el mundo, se consume en forma de bebidas espirituosas.

En todas las regiones de la OMS se observa que el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres. Del mismo modo, también se observa unas diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol en las distintas regiones. En los países con ingresos más altos se observan mayores consumos de alcohol per cápita y una prevalencia más alta de consumo episódico de alcohol entre los bebedores.

En 2012, se produjeron unos 3,3 millones de muertes, (el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial) a causa del consumo de alcohol. Existen diferencias significativas por sexo en la proporción de muertes debidas al alcohol. De ese 5,9% mencionado, el 7,6% perteneció a los hombres y el 4,0% a las mujeres. Además de los fallecimientos, se observó que el 5,1% de todas las enfermedades y lesiones que supusieron una merma importante en la calidad de vida (cerca de 139 millones de casos), fueron atribuibles al consumo de alcohol.

Los mayores porcentajes de fallecimientos y de años de vida sana perdidos con respecto a las expectativas atribuibles al consumo del alcohol se encuentran en Europa.²

Diagnóstico:

Para evaluar la dependencia del consumo del alcohol, se pueden utilizar diferentes test de cribado:

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): detecta bebedores de riesgo y personas que se beneficiarían de disminuir o cesar el consumo de alcohol. Cuenta con 10 ítems que exploran el consumo.
- CAGE (Cutting Down, Annoyance, Guilty, Eye-opener): tiene 4 ítems de respuesta dicotómica que hacen referencia a la posibilidad de dejar o reducir el consumo, molestias acerca de comentarios de otras personas sobre su hábito de bebida, posibles sentimientos de culpa y a la necesidad de tener que beber a primera hora de la mañana para sentirse bien.
- CBA (Cuestionario breve para alcohólicos): 22 ítems de respuesta dicotómica que busca información sobre síntomas físicos de abstinencia, intentos de abandonar o reducir el consumo de alcohol...
- ISCA (Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos): consta de tres preguntas de tipo, cantidad y frecuencia de consumo alcohólico.

Para medir el consumo de alcohol, al margen de la dependencia, se usa las Unidades de Bebida Estandar (UBE) con las que se calcula la cantidad de alcohol en gramos consumida dependiendo del tipo de las bebidas que ingiere el paciente en una semana.

Se considerará consumo de riesgo cuando un hombre consume >28 UBEs (280gr)/semana o 6 UBEs (60gr)/24 horas al menos 1 vez al mes. En mujeres es >17 UBEs (170gr)/semana o 5 UBEs(50gr)/24 horas al menos 1 vez al mes.³

Consecuencias del consumo alcohol:

Para entender la gravedad de la enfermedad, debemos hablar de cómo el alcohol repercute negativamente en nuestro organismo. A continuación se exponen las principales patologías orgánicas relacionadas con el consumo excesivo de alcohol:

- Patologías cardiacas: hipertensión arterial, cardiomiopatías alcohólicas, arritmias supraventriculares.
- Patologías gastrointestinales: esofagitis por reflujo que puede derivar a esófago de Barret, disfagia, disminución de la velocidad de vaciamiento gástrico, gastritis crónica, diarrea y malabsorción.
- Patologías pancreáticas: pancreatitis crónica, Diabetes Mellitus tipo II, malabsorción.
- Patologías hepaticas: esteatosis hepática, cirrosis y hepatitis.

- Patalogías neurológicas: neuropatía periférica, encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, deterioro cognitivo y degeneración cerebelosa.
- Alteraciones en el metabolismo: cetoacidosis alcohólica, hipoglucemia, hiperuricemia, dislipemias y malnutrición.³

Metabolismo del alcohol:

El 98% de etanol absorbido realiza su proceso de biotransformación en el **hígado**, con una velocidad de 10 ml/hora, utilizando para ello tres vías metabólicas: vía de la enzima alcohol deshidrogenasa, vía del sistema microsomal de oxidación (MEOS) y vía de las catalasas.

La vía de la enzima alcohol deshidrogenasa es la más utilizada en el individuo normal. El etanol es oxidado a acetaldehído por la alcohol deshidrogenasa, y el acetaldehído es oxidado a acetato por la aldehído deshidrogenasa (Véase Figura 1).

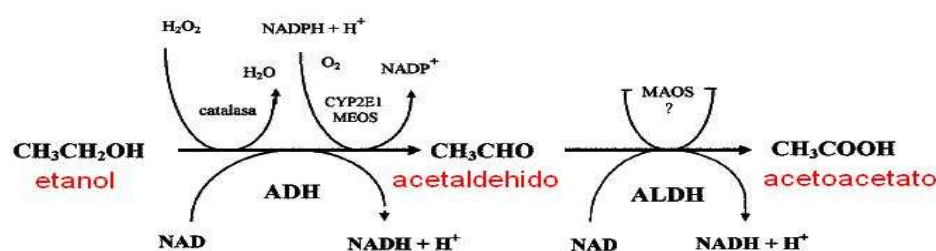


Figura 1: Metabolismo principal del etanol en el hígado

Sobre esta ruta actúan algunos medicamentos como el disulfiram (Antabús[®]) o cianamida cálcica (Colme[®]).

La vía del sistema microsomal de oxidación posee una mayor actividad en el alcohólico crónico, y produce una depuración metabólica acelerada aumentando la concentración sanguínea de acetaldehído y acetato y con ello su toxicidad.

Además el metabolismo del etanol tiene diferencias en los individuos, de acuerdo a sus características enzimáticas, ya que existen acetiladores rápidos y acetiladores lentos, lo que va a incidir directamente en su velocidad de biotransformación. Como ejemplos de acetiladores lentos están los alcohólicos crónicos, personas con hepatopatías de diversa etiología, niños lactantes y personas seniles.^{4,5}

Finalmente, existen varias formas de abordar el alcoholismo desde el punto de vista farmacológico, hablaremos de los antagonistas de receptores de opioides (naltrexona y

nalmeveno) con los que se busca reducir el consumo de alcohol. También pueden usarse fármacos que generan una aversión al consumo de alcohol (fármacos interdictores), disminuir los síntomas de abstinencia (acamprosato) que conllevan a querer volver a consumir alcohol y uso de antidepresivos para evitar recaídas.⁶

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestra memoria es conocer el tratamiento farmacológico empleado para disminuir o eliminar por completo la ingesta de alcohol desde la farmacia comunitaria.

Destacar los tratamientos actuales y conocer cómo un farmacéutico podría actuar en caso de sospecha de alcoholismo, que recomendaciones dar y realizar una buena educación sanitaria a la población alcohólica.

METODOLOGÍA:

Para cumplir con los objetivos propuestos hemos realizado una revisión bibliográfica de estudios de los diferentes fármacos usados para el tratamiento del alcoholismo, así como, estudios que traten las intervenciones realizadas por los profesionales sanitarios.

En primer lugar hemos hecho una revisión bibliográfica de conceptos básicos en consonancia con la temática de esta enfermedad, comprenderla más a fondo y entender mejor los estudios en los que nos basamos para realizar esta memoria.

En segundo lugar, tras hacer una revisión de los tratamientos farmacológicos actuales, hemos propuesto un método para realizar una intervención en farmacia comunitaria al paciente alcohólico mediante el cuestionario AUDIT-C para un posterior seguimiento farmacoterapéutico.

Para encontrar artículos científicos hemos usado PubMed, Google académico, Centro de Información de Medicamentos de la AEMPS y la página web Socidrogalcohol.

RESULTADOS:

El alcoholismo se puede tratar farmacológicamente con diferentes tipos de medicación según el individuo. A continuación, describimos los posibles tratamientos y citaremos algunos estudios encontrados sobre los medicamentos más relevantes:

1. Interdictores del alcohol o antidipsotrópicos: disulfiram y cianamida

Son los fármacos más utilizados para reducir la ingesta de alcohol, sin embargo existe una gran controversia en cuanto a su eficacia. Actúan inhibiendo a la aldehído deshidrogenasa hepática (ALDH) provocando enrojecimiento, palpitaciones, hiperventilación, disnea, sed y visión borrosa, debido a que el acetaldehído se acumula y es tóxico. De esta manera el paciente sabe que tendrá esos síntomas si ingiere alcohol junto con estos fármacos por lo que se frenan los futuros intentos de consumo.^{3,6}

Para comenzar con la terapia el paciente debe aceptar el tratamiento y haber estado 24 horas sin consumir alcohol. El paciente, además, debe ser evaluado a nivel médico y psicosocial e informado ya que en ningún caso deben ser utilizados bajo coacción.

En cuanto a la duración del tratamiento, se recomienda no superar los tres meses y que el paciente acuda a revisiones con regularidad, momento en el que el farmacéutico desde la farmacia comunitaria, juega un papel muy importante en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente, pudiendo alertar de cualquier indicio de PRM y RNM.⁷

Disulfiram: Antabus®

La efectividad del disulfiram en programas terapéuticos integrales para alcohólicos, ha sido mundialmente avalada, y a diferencia de la proyección aversiva durante las primeras décadas de su utilización, la tendencia actual es usarlo como recurso disuasivo para apoyar la decisión de abstinencia y no para establecer acondicionamientos de rechazo al alcohol.

La dosis aconsejada de disulfiram es de 250 mg al día por vía oral. Desde el punto de vista de su eficacia, presenta un estrecho margen terapéutico, ya que dosis menores de 250 mg no producen reacciones aversivas y dosis superiores pueden incrementar el riesgo de efectos secundarios tóxicos.⁷

No obstante, existen evidencias clínicas de abandonos puntuales del tratamiento por parte del paciente que coinciden con el momento de ingesta de alcohol. Por ello se pensó en fórmulas que logran una acción más prolongada que la alcanzada mediante su administración oral y surgieron así las formas inyectables de larga duración y las de implantación subcutánea.

El siguiente estudio de cohortes surgió con fin de verificar la mayor eficacia del disulfiram administrado por implantación subcutánea respecto a su toma por vía oral. Para ello se evaluó los patrones de consumo étlico y la proporción de pacientes abstinentes al año y 8 años después se estableció la evolución en cada etapa.

Los resultados fueron concluyentes, ya que el porcentaje de abstinentes en los grupos A y B fue respectivamente de 51,7 y 24 en el primer corte y de 32,7 y 20,8 en el segundo (siendo A, el grupo de pacientes tratados con disulfiram por implantación subcutánea y el grupo B tratados por vía oral).⁸

Cianamida cálcica: Colme[®]

La dosis terapéutica de cianamida es de 50 mg dos veces al día. Los efectos tóxicos de la cianamida parece que son menores que los del disulfiram aunque con este producto se discute su posible hepatotoxicidad.³

2. Agonistas de los receptores serotoninérgicos

Muchos estudios han observado la existencia de una disminución de las concentraciones plasmáticas de triptófano, el aminoácido precursor de la serotonina (5-HT), en pacientes con alcoholismo. Es por ello que se emplean fármacos agonistas serotoninérgicos para el tratamiento de esta enfermedad.

Buspirona

Los pacientes con dependencia de alcohol presentan con elevada frecuencia síntomas de ansiedad, siendo éstos probablemente tanto la causa como la consecuencia del abuso de alcohol. La buspirona, se comporta como un fármaco ansiolítico no benzodiacepínico y, en contraste con las benzodiacepinas, presenta un menor potencial de abuso o dependencia, no produce deterioro psicomotor o cognitivo, es menos sedante y no produce sinergismo con los efectos del alcohol.⁶

Sin embargo, la buspirona no está autorizada en España y su indicación no es la de tratar el alcoholismo crónico.

3. Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS)

Los trastornos depresivos con o sin ideación suicida constituyen una entidad diagnóstica frecuentemente asociada al alcoholismo, y susceptible de ser modificada por la utilización de ISRS. El mecanismo de acción de estos fármacos no parece estar mediado por sus propiedades antidepresivas, sino por la disminución del consumo de la ingesta (lo disminuye en un 30%) y por su acción a nivel de los sistemas de refuerzo. Además, poseen la ventaja adicional de no presentar interacciones farmacocinéticas o farmacodinámicas con el alcohol.⁶

Los fármacos de este grupo son principalmente la **zimelidina**, **citalopram**, **fluoxetina**, **vicualina**. Se han realizado estudios de estos antidepresivos y se afirma que durante un periodo inicial de 2-4 semanas los ISRS disminuyen un 20-30% el número de bebidas consumidas por pacientes no deprimidos y con dependencia moderada de alcohol, aunque hay una gran variación interindividual en el patrón de respuesta (aproximadamente el 60-85% de los pacientes responden total o parcialmente a la medicación). Estos efectos parecen ser dosis-dependientes y se manifiestan como una disminución del deseo de consumo sugiriendo una utilidad de estos fármacos en el tratamiento de la dependencia de alcohol y prevención de recaídas. Además, parece que mientras la fluoxetina y vicualina disminuyen el consumo de alcohol, el citalopram y la zimelidina aumentan la duración del periodo de abstinencia.⁹

4. Antagonistas opioides

El consumo de alcohol produce liberación de péptidos opioides, que tienen efectos reforzadores positivos y favorecen la adquisición de la conducta de auto-administración de alcohol. De tal manera si administramos antagonistas de los receptores de péptidos opioides, disminuirá la ingesta de alcohol.¹

Naltrexona: Revia®

Ya desde hace años se vio el papel que tenía el sistema opioide endógeno en la vulnerabilidad del alcoholismo:

- Altshuler en 1980, comprobó en monos que la naltrexona disminuía la autoadministración intravenosa de alcohol en éstos, reduciendo su acción reforzante, disminuyendo su potencial de abuso, siendo el efecto dosis-dependiente.¹⁰

- En España, Martínez en 1995, en un estudio abierto con 20 alcohólicos tratados con naltrexona (50 mg/día) durante 12 semanas y escaso apoyo psicoterapéutico, señalan que 13 de los 20 sujetos se consideraron respondedores ya que normalizaron los niveles de transferrina deficiente en carbohidratos.¹⁰

- Landabaso en 1997, en un grupo de 30 alcohólicos con mala respuesta previa al tratamiento con aversivos (Disulfiram), observan que la adición de 25 mg diarios de naltrexona mejora la eficacia durante el seguimiento de 6 meses.¹⁰

Como motivo de búsqueda de otras alternativas terapéuticas para el tratamiento farmacológico del alcoholismo se hizo un estudio para valorar la eficacia de la Naltrexona.

Se realizó un estudio abierto, no controlado, prospectivo con una muestra de 294 pacientes, repartidos en 42 centros. Los criterios de inclusión más relevantes fueron pacientes mayores de 18 años con dependencia al alcohol que no estuvieran en tratamiento de deshabituación en el momento de seleccionarlos.

Tras las cuatro visitas de los pacientes, repartidas en un periodo de seis meses, se observó un abandono de 61 pacientes por una participación menor en el estudio.

Por lo que respecta a la eficacia, a diferencia de estudios anteriores en los que se interrumpe el tratamiento con placebo, se vio que era mejor el mantenimiento de tratamiento con naltrexona con apoyos comportamentales y sin interrupción.

Entre los pacientes se consideró que aproximadamente el 38% abandonaron o recayeron, mientras que los que no recayeron y no abandonaron fueron un 61% de la muestra. Esto se debe a que existe un mayor deseo de consumo si se bebe durante el tratamiento que si no se hace.

Se observó que la impresión clínica global de los pacientes fue muy aceptable, con un aumento de la sensación de mejoría y una disminución de las recaídas gracias al tratamiento con naltrexona.¹⁰

La efectividad de la naltrexona se ve aumentada cuando se realiza conjuntamente con psicoterapia y con un correcto cumplimiento del proceso terapéutico. La naltrexona reduce el porcentaje de recaídas, el número de días que consumen alcohol y provoca una disminución

de la ansiedad. El perfil de efectos adversos de la naltrexona más frecuentes son náuseas, cefaleas, mareos, nerviosismo, fatiga, insomnio y vómitos.

En la actualidad tanto la FDA como el Ministerio de Sanidad han aprobado la naltrexona como tratamiento farmacológico coadyuvante de la dependencia de alcohol y esta comercializado en España.

La naltrexona tiene una posología de 50 mg/día durante 3 meses pudiéndose alargar el tratamiento.¹¹

Nalmefeno: Selincro[®]

Se trata también de un antagonista opioide con un perfil farmacológico similar a la naltrexona. La diferencia es que la naltrexona es antagonista competitivo de los receptores mu, delta y kappa opioides, con una mayor afinidad por el receptor mu. El nalmefeno, en cambio, es agonista parcial de receptores kappa. Sin embargo, en consumidores crónicos, estos receptores tienen una regulación ascendente, por lo que el nalmefeno actuará como antagonista funcional y podría ser más eficaz disminuyendo el consumo.¹

Nalmefeno está indicado para la reducción del consumo de alcohol en pacientes adultos con dependencia de alcohol y que presentan un nivel de consumo de riesgo (NCR) alto, sin síntomas de abstinencia físicos y que no requieran una desintoxicación inmediata. Solo se debe prescribir junto con apoyo psicosocial mantenido dirigido a incrementar la adherencia al tratamiento y a reducir el consumo de alcohol.

Antes de comenzar el tratamiento con nalmefeno se hará una evaluación del paciente en una visita inicial donde se debe evaluar el estado clínico, la dependencia del alcohol y el nivel de consumo de alcohol del paciente. Por lo tanto, se debe solicitar al paciente que registre su consumo de alcohol durante aproximadamente dos semanas.

Nalmefeno solo se iniciará en los pacientes que mantienen un NCR alto (> de 60gr/día en hombres y > 40g/día en mujeres) durante este periodo de dos semanas, junto con una intervención psicosocial dirigida a incrementar la adherencia al tratamiento y a reducir el consumo de alcohol. Se debe evaluar la respuesta del paciente al tratamiento y la necesidad de mantener la farmacoterapia con regularidad.

Es un fármaco que se toma a demanda: cada día que el paciente perciba un riesgo anticipado de consumo de alcohol debe tomar un comprimido, preferiblemente 1-2 horas antes del momento de consumo. Si el paciente ha empezado a beber alcohol sin haber tomado nalmefeno debería tomar un comprimido lo antes posible. La dosis máxima es un comprimido al día y se puede tomar con o sin alimentos.

Se han realizado numerosos estudios ya que es un fármaco novedoso para el tratamiento del alcoholismo. Los estudios se han realizado en diferentes regiones de Europa para asegurarse que estaban representadas las diferentes culturas de beber.¹³

- ESENSE 1 y ESENSE 2: son dos ensayos aleatorios y doble ciego que se realizaron incluyendo a pacientes de numerosos países (entre ellos España). Se buscó si el tratamiento con nalmefeno frente al placebo era eficaz en pacientes alcohólicos. Además se tomaron datos sobre daño hepático y su seguridad.

Se hicieron dos grupos en los que ambos recibían terapia emocional y a uno de ellos se le administraban 18 mg de nalmefeno mientras que al otro solo se le daba placebo. Se observaron los resultados a los 6 meses y en ambos ensayos hubo una reducción de días de consumo excesivo (unos 2 días menos en un grupo respecto del otro) pero solo en el ESENSE 1 se redujo la cantidad de alcohol consumida (entre 5-11 gramos menos en el grupo de nalmefeno).

- SENSE: es otro estudio aleatorio, doble ciego y multinacional pero realizado a lo largo de 12 meses. En él se evaluó tolerancia y seguridad del fármaco frente al placebo.¹⁴

5. Antagonistas dopaminérgicos

Tiaprida: Tiaprizal[®]

Tiene un posible papel contra el «craving» o ansia propia de la abstinencia. Es una benzamida con acción antagonista dopaminérgica que bloquea el efecto dopaminérgico del alcohol. Podría disminuir el deseo inducido por este neurotransmisor sin agravar la hipodopaminergia resultante de bloquear el resto de receptores D4. El efecto específico no está claro, pero mejora la puntuación en las escalas sobre el estado anímico y la satisfacción.^{15, 16}

6. Fármacos glutamatérgicos

Acamprosato: Campral®

El acamprosato (acetilhomotaurinato de cálcico) es un compuesto sintético desarrollado específicamente para el tratamiento del alcoholismo y concretamente para el mantenimiento de la abstinencia tras la desintoxicación de pacientes con dependencia alcohólica. Este fármaco presenta una relación estructural con el aminoácido excitatorio glutamato y tiene complejas acciones farmacológicas, mediadas a través de sinapsis neuronales del sistema gabaérgico (agonista gabaérgico) como glutamatérgico (antagonista de los aminoácidos).

El acamprosato es un potente antagonista de los efectos estimuladores de los aminoácidos excitadores, siendo éste el probable mecanismo por el que se reduce el «craving» y de esta manera las ganas de querer consumir alcohol.⁶

Una de las ventajas, es que carece de la acción hipnótica, ansiolítica y relajante muscular propia de otros fármacos utilizados en el tratamiento del alcoholismo como las benzodiacepinas y además no se ha comprobado la existencia de dependencia y/o tolerancia. Sin embargo su posología es de 4 a 6 comprimidos al día durante un periodo aproximado de un año que dificulta el cumplimiento del tratamiento, por lo que el profesional sanitario deberá evitar recaídas y abandonos.

Existen otros fármacos utilizados en el tratamiento del alcoholismo como atenolol, inhibidores de los canales de calcio, inhibidores de la ECA, análogos de las encefalinas y amperocide, que todavía no tienen suficiente evidencia científica para afirmar su eficacia en el tratamiento del alcoholismo.

ATENCIÓN PRIMARIA DEL ALCOHOLISMO:

El consumo de alcohol es un importante problema de salud pública en nuestro país debido a la carga de enfermedad, del sufrimiento que produce y a los costes asociados que conlleva. Diversos organismos internacionales reconocen como prioritaria la acción preventiva (cribado e intervención breve) desde los sistemas de salud, fundamentalmente desde la asistencia primaria. En atención primaria existe la necesidad de sistematizar y

unificar criterios a la hora de abordar el consumo de riesgo de alcohol y de reforzar la formación del personal sanitario en este tema.

a) Cribado de pacientes alcohólicos o Screening:

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) ha sido desarrollado por la OMS como método de screening del consumo de riesgo y de la posible dependencia al alcohol. Sin embargo el test diseñado para el uso en atención primaria es un variante de este, el AUDIT-C.¹⁷

Esta variante consta de tres preguntas básicas para valorar la frecuencia de consumo de alcohol. Está valorada en una escala del 0-12 (0 refleja el no consumo de alcohol). Valores de 4 y 3 en hombre y mujer respectivamente es considerado positivo, y por lo tanto dependiente del alcohol (véase Figura 2). Una vez obtenido el resultado del test, el farmacéutico se dispondrá a valorar la gravedad del paciente y la posible derivación en función del siguiente árbol de decisión (Figura 3).¹⁸

AUDIT-C	
Q1: How often did you have a drink containing alcohol inte past year?	
Answer	Points
Never	0
Monthly or less	1
Two to four times a month	2
Two to three times a week	3
Four or more times a week	4
Q2: How many drinks did you have on a typical day when you were drinking in the past year	
Answer	Points
None, I dont drink	0
1 or 2	0
3 or 4	1
5 or 6	2
7 to 9	3
10 or more	4
Q3: How often did you have six or more drinks on one occasion in the last year?	
Answer	Points
Never	0
Less tan monthly	1
Monthly	2
Weekly	3
Daily or almost daily	4

Figura 2: Test de AUDIT-C

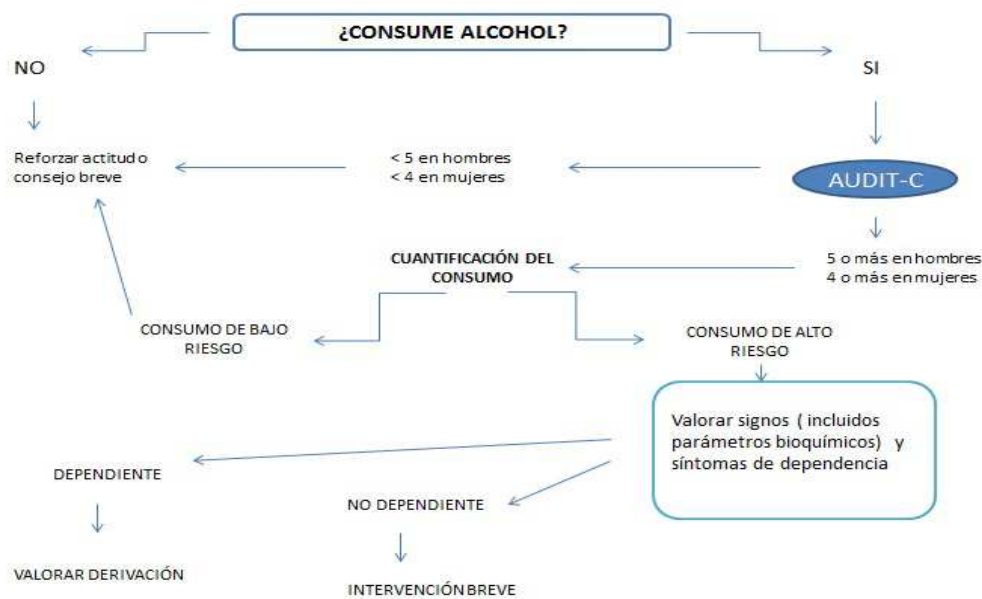


Figura 3: Árbol de decisión en función del test AUDIT-C en farmacia comunitaria

b) Intervenciones breves:

Las intervenciones breves son aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto. Han demostrado ser efectivas y están siendo cada vez más valiosas en el manejo de individuos con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, llenando de este modo los huecos entre los esfuerzos de prevención primaria y un tratamiento más intensivo para las personas con trastornos debidos al consumo grave de alcohol. Proporcionan un valioso marco de trabajo para facilitar la derivación a tratamientos especializados de los casos graves de dependencia de alcohol.

Las intervenciones breves en Atención Primaria junto al cribado del paciente alcohólico sirven para la detección de problemas relacionados con el alcohol. Es importante saber que estas intervenciones no están diseñadas para el tratamiento de personas con dependencia, que por lo general requieren un abordaje clínico más intensivo y experto.

El objetivo de un programa sistemático del *SIB* (Screening e Intervención Breve) en Atención Primaria es doble:

- Identificar y derivar a las personas con dependencia de alcohol en un estadio inicial de su evolución, por lo que ayudará a prevenir una posterior progresión hacia la dependencia.
- Identificar y ayudar a los bebedores con consumo de riesgo y perjudicial para la salud que puedan desarrollar un síndrome de dependencia, pero cuyo riesgo de daños graves relacionados con el alcohol puedan reducirse.

El personal sanitario también tiene que informar y ayudar a los familiares y amigos de los pacientes que padecen alcoholismo ya que el consejo puede reducir el estrés que a menudo experimentan las personas en el círculo social inmediato del sujeto que bebe en exceso. Estas personas pueden jugar un papel crítico para ayudar a cambiar la conducta del bebedor.^{19, 20}

Las intervenciones breves se realizarán en función del estadio del paciente que mostramos de forma resumida en el siguiente cuadro:

Estadio	Definición	Intervención breve a destacar
Pre contemplación	El bebedor no piensa cambiar en un futuro próximo y no se da cuenta de las consecuencias.	Feedback sobre los resultados del AUDIT-C e información sobre los perjuicios de beber.
Contemplación	El bebedor puede haberse dado cuenta de las consecuencias pero ser ambivalente para cambiar.	Dar información sobre los problemas del alcohol, resaltar beneficios del cambio y elegir metas.
Preparación	El bebedor ya ha decidido cambiar.	Hablar de cómo elegir una meta, dar ánimo y apoyo.
Acción	El bebedor empieza a reducir o detener su consumo, pero no es un cambio permanente.	Revisar los consejos y dar apoyo.
Mantenimiento	El bebedor ha conseguido la abstinencia permanente.	Apoyo.

DISCUSIÓN:

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica y a la vista de los resultados podemos decir que hay claramente diferentes tipos de tratamientos farmacológicos dependiendo del objetivo a conseguir con respecto al consumo de alcohol.

En el caso de buscar suprimir por completo el consumo de alcohol acudiríamos a los fármacos aversivos como el disulfiram, en cambio, si queremos reducir la ingesta, optamos por los antagonistas de receptores opiodes como naltrexona y nalmefeno, claramente efectivos teniendo en cuenta los diferentes estudios encontrados.

También podríamos acudir al acamprosato pero es mas útil en la fase de mantenimiento de la abstinencia.

El resto de fármacos descritos se deben usar como terapia coadyuvante junto con los medicamentos anteriores en caso de ser necesarios.

Nos hemos centrado en buscar estudios del disulfiram, nalmefeno y naltrexona, tratamientos más relevantes según nuestro criterio. A continuación discutiremos los resultados de cada estudio:

- Disulfiram: se observa que es más efectivo la presentación implantable pues aumenta el porcentaje de abstinentes, tienen una mejor evolución y una menor mortalidad.

Esto puede ser interesante ya que es un medicamento con un estrecho margen terapéutico de manera que quizás buscar otras vías de administración podrían hacer que el tratamiento fuera más seguro.

Sin embargo, aún así el tratamiento con disulfiram provoca numerosos efectos adversos causados por la toxicidad del acetaldheido acumulado.

- Naltrexona: su tratamiento continuado durante 6 meses aumenta la eficacia, disminuye la abstinencia y las recaídas en comparación con el placebo.
- Nalmefeno: se reduce el consumo excesivo y también, la cantidad de alcohol consumida por lo que es efectivo en la disminución de la ingesta. También se ve que su eficacia aumenta si se acompaña de psicoterapia, que suele ser la situación habitual.

Los efectos adversos aparecieron principalmente al inicio del tratamiento. En el curso posterior la tolerabilidad del tratamiento mejora. Los efectos adversos más frecuentes y que afectaron a más de un 10% de los pacientes fueron inespecíficos, destacando:

náuseas, vómitos, mareos, insomnio y dolor de cabeza (causa de abandonos). Además, no parece comprometer adicionalmente la función hepática sobre el incremento de enzimas hepáticas relacionadas con el alcohol.

Con estas interpretaciones de los resultados podría decirse que es interesante la realización de estudios comparando los diferentes tratamientos farmacológicos entre sí y no solo frente a placebo ya que estos estudios solo demuestran efectividad pero no cual de las diferentes opciones de tratamiento puede ser la más beneficiosa para el paciente.

CONCLUSIONES:

La etiología del alcoholismo es compleja, por lo que es difícil que responda a un único tratamiento, es por ello que cualquier planteamiento terapéutico debe incluir aspectos tanto farmacológicos como psicológicos. Los tratamientos farmacológicos que se planteen en un futuro deben ser eficaces para reducir el consumo de alcohol, producir pocos efectos secundarios y facilitar el cumplimiento por parte del paciente.¹⁴

En vista de los resultados y la discusión realizada observamos que hay más de una única línea terapéutica para el tratamiento de esta adicción, de manera que se puede adaptar el fármaco a las necesidades del paciente haciendo que los resultados sean mucho más satisfactorios en relación a la reducción del consumo y abandono. Antiguamente se usaban los aversivos y hoy día se conocen los antagonistas de receptores de opiodes, que dan muy buenos resultados, y también numerosas terapias coadyuvantes que potencian la acción de los anteriores.

Con respecto al papel del farmacéutico, nos ha resultado difícil fijar como éste podría intervenir en el proceso de esta enfermedad y mejorarla en la medida de lo posible. Tras una búsqueda exhaustiva, no hemos hallado suficiente información, únicamente documentos relacionados con atención primaria, es por ello que consideramos importante un aumento de la participación en iniciativas que promuevan el abordaje de esta enfermedad a nivel de la farmacia comunitaria.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ofrece un curso de formación “*mojate con el alcohol*” dirigido a profesionales sanitarios sobre detección del consumo de riesgo de alcohol y las intervenciones breves.

Proponemos actuar desde farmacia comunitaria identificando personas con consumo excesivo de alcohol con AUDIT-C y en caso de salir positivo, plantear una posible derivación al médico, explicar los efectos nocivos propios del alcohol, dar consejos y educar al paciente, amigos y familiares sobre cómo realizar un consumo responsable. El farmacéutico debe ser un referente de confianza accesible para el paciente y sobre todo cercano.

BIBLIOGRAFIA:

1. Guardia, J. (2015). Los antagonistas de los receptores opioides en el tratamiento del alcoholismo. Barcelona. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
2. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. 2014
3. Pascual, F., Guardia, J., Pereiro, C., Bobes, J., 3ª edición (2013). “Alcoholismo”. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol
4. Téllez Mosquera, J., Cote Menéndez, M., (2006). Alcohol Étílico, un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp. 36-38.
5. Nelson, D., Cox, M. Principios de bioquímica. Lehninger. 4ª edición; pp. 536-587.
6. Ponce G., Jiménez-Arriero MA., Rubio G. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica. Unidad de conductas adictivas. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre.
7. Girón García, S. (2014). Interdictores en el tratamiento del alcoholismo. Una revisión crítica. 39 (3), pp.11-37
8. González, R., Donaire, I., Goicolea S. y Martínez, N (2001). Seguimiento al año y 8 años de cohortes de alcohólicos tratados con disulfiram oral e implantable. Adicciones. 13(3), pp. 319-322. Disulfiram
9. Garcia Usieto, E., Mendieta Caviedes, S., Cervera Martínez, G., Fernández Hermida, JR., (2003). Manual SET de alcoholismo., pp. 442-443.
10. Hernández, M., Horcajadas, F. y Mangado, E. (2000). Efectividad de la Naltrexona entre pacientes alcohólicos. Adicciones. 12(2), pp.177-185. Naltrexona
11. Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Archives of General Psychiatry 1992; 49:876-80.
12. Ficha técnica Nalmefeno. Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS [acceso 23/7/2014].

13. Boletín de evaluación farmacoterapéutica de nuevos medicamentos. Centro de información Farmacoterapéutica (2014)
14. Van den Brink, W., Aubin, H., Bladstrom, A., Torup, L., Mann, K and Gual, A. (2013). Randomised controlled six month study of as-needed nalmefene: Subgroup analysis of alcohol dependent patients with high drinking risk level. *European Psychiatry*, 28, p.1.
15. López, CM. (2014). El abordaje del alcoholismo cambia el paradigma hacia la individualización. *El global.net*
16. Peters DH, Faulds D. Tiapride: a review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of alcohol dependence syndrome. *Drugs* 1994; 47:1010-32.
17. Bush, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). Aneffective brief screening. Test for problem drinking. *Arch Intern Med.* 158(16), p.1789
18. Thomas, F., Babor John, C., Higgins-Biddle, J., Saunders Maristela, G., Monteiro, L., AUDIT. The alcohol use disorders identification. Test Guildelines for use in primary care wordl health organization. World Health Organitation. p. 11-19
19. Bien, T, Miller, W.R. and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88: 315-336, 1993.
20. Hester, R.K. and Miller, W.R. (Eds) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Allyn and Bacon, Boston 1995.